

Предикторы суицидального поведения у матерей наркологических больных

- БИСАЛИЕВ Р.В.** д.м.н., доцент кафедры "Общая психология" Астраханского государственного технического университета;
e-mail: RafaelBisaliiev@gmail.com
- СУЛЕЙМЕНОВА Р.Д.** зав. отделением психосоциальной реабилитации,
врач-психотерапевт Атырауского областного наркодиспансера, Республика Казахстан;
e-mail: suleimenova.r@mail.ru
- НЕКЛЮДОВА В.Д.** аспирант кафедры «Психиатрия» Астраханской государственной медицинской академии;
e-mail: ntori@mail.ru

С целью определения предикторов суицидального поведения обследованы 102 матери, «взрослые» дети которых больны аддиктивными заболеваниями. Выявлены клинические и социально-психологические предикторы суицидального поведения у этих матерей. Предложен ряд мероприятий по ранней превенции суицидального поведения у матерей больных с аддиктивными расстройствами.

Ключевые слова: психиатрия, наркология, суицидальное поведение, созависимость

Введение

Современный этап развития общества характеризуется ростом суицидальной смертности. Ежегодно в мире кончают жизнь самоубийством более 1,4 млн чел., а количество суицидальных попыток в 10—20 раз превышает число завершённых суицидов [13]. Как известно, уровень и динамика самоубийств — один из важнейших индикаторов социальной, экономической и политической ситуации, жизнедеятельности общества, его благополучия или неблагополучия [15].

Многочисленные исследования убедительно иллюстрируют тесную связь между уровнем самоубийств и распространённостью аддиктивных расстройств. Доля больных алкоголизмом среди общей популяции суицидентов составляет 5,8—15% [10]; больных наркоманией — 17—85,5% [7, 14]; больных игровой зависимостью — 13—40% [17, 18].

Одними из наименее изученных являются вопросы, отражающие особенности созависимости у родственников больных, их суицидальную активность. Анализ проводимых исследований последних лет свидетельствует об их немногочисленности. Имеются работы по аутоагрессивному поведению у жён, мужья которых зависимы от алкоголя и опиатных наркотиков [1, 9]. Ведутся исследования по суицидальному поведению у матерей алкогользависимых «взрослых» детей. Лишь отчасти освещается (констатируется) суицидальная активность у жён, мужья которых страдают патологическим гемблингом [16].

Целью исследования было определение предикторов суицидального поведения у матерей больных, страдающих аддиктивными расстройствами.

Объект и методы исследования

Обследованы 102 матери, сыновья и дочери которых больны алкогольной, опиатной и игровой зависимостью, из них матерей, «взрослые» дети которых больны алкоголизмом — 37 чел. (36,3%); опиатной наркоманией — 34 чел. (33,3%); игровой зависимостью — 31 чел. (30,4%). Возраст женщин варьировал от 38 до 60 лет, средний возраст 47,6 года. Принципиальных различий проявлений созависимости у членов семьи, чьи близкие родственники больны аддикциями, не обнаружено [11]. Это и позволило объединить в одну группу матерей, у которых сыновья и дочери страдали аддиктивными заболеваниями (различными видами зависимости).

В соответствии с целью работы респонденты были поделены на 2 группы:

- первая (основная) группа — матери аддиктивных больных с суицидальным поведением (МС);
- вторая группа (сравнения) — матери аддиктивных больных без суицидального поведения (МАБ).

В группу МС вошли 28 чел. (27,5%). Группу МАБ составили 74 чел. (72,5%). Длительность созависимости, т.е. проживание в семье с аддиктивным больным была от 4 до 18 лет и составила в среднем 9,9 года.

Критерии исключения:

- 1) возраст более 60 лет;
- 2) психические и поведенческие нарушения, развившиеся вследствие употребления психоактивных веществ (F10 — F19), в том числе у мужей;
- 3) эндогенные психические заболевания (F20—F23);
- 4) острые психотические состояния;
- 5) тяжёлые органические поражения центральной нервной системы (F00—F005, F07—F09);

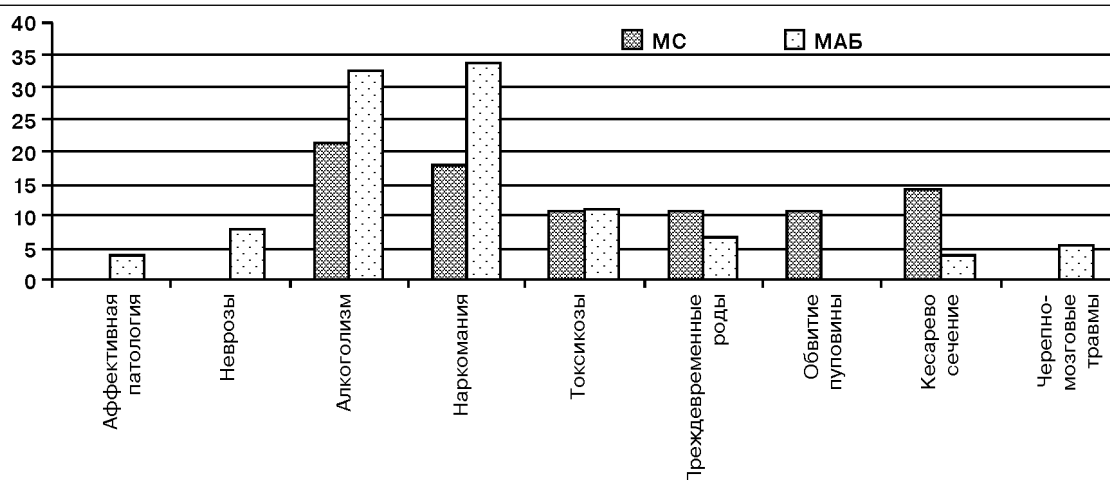


Рис. 1. Клинические предикторы суицидального поведения у матерей аддиктивных больных с суицидальным поведением (МС) и у матерей аддиктивных больных без суицидального поведения (МАБ)

б) умственная недостаточность (легкая и умеренная) (F70; F71);

б) соматические и неврологические расстройства в стадии обострения.

Оценка достоверности различий осуществлялась методом многофункционального критерия χ^2 Пирсона, позволяющего сравнивать признаки вне зависимости от того, распределены они нормально или нет [12].

Результаты и их обсуждение

Психопатологическая отягощённость аффективной патологией (маниакально-депрессивный психоз, циклотимии, депрессии) по первой степени родства фиксировалась лишь в группе МАБ в 4,0% случаях (рис. 1). Отягощённость невротическими расстройствами по первой степени родства также наблюдалась у МАБ (8,1%). В подавляющем большинстве у родителей обследуемых женщин преобладали невротические реакции и депрессивные неврозы.

Что касается отягощённости алкоголизмом, то она отмечена у 21,4% — группа МС и 32,4% — группа

МАБ, а отягощённость наркоманиями — у 17,8 и 33,7% соответственно.

Таким образом, наследственная отягощённость психическими и наркологическими расстройствами у МС в 1,9 раза была меньше, чем у МАБ. Вероятно, созависимость является фоном, на котором развиваются как явные наркологические и психические нарушения (на наш взгляд, суицидальное поведение), так и пограничные и психосоматические расстройства [11].

Обследуемые женщины группы МС отличались от обследуемых группы МАБ по показателям патологии беременности и родов у их матерей. Так, рождённых с диагнозом «обвитие пуповиной» было 10,7%, и только в группе МС. Рождённых посредством оперативного вмешательства — «кесарево сечение» — также было больше среди МС (14,2% против 4,0%).

Показатель «преждевременные роды» у матерей обследуемых группы МС превышал таковой показатель у матерей респондентов группы МАБ (10,7% против 6,7%). Показатель «токсикозы» первого триместра беременности у матерей женщин обеих групп был в равных соотношениях — 10,7% и 10,8%. ЧМТ фиксировались у МАБ (5,4%).

Таблица 1

Особенности личности и поведения матерей аддиктов

Показатели	I группа (МС), n=28		II группа (МАБ), n=74	
	Абс.	%	Абс.	%
Акцентуации, всего	12	42,3	11	14,8
В том числе:				
Сенситивная	4	14,2	3	4,0
Истероидная	12	42,3	8	10,8
Эмоционально неустойчивое расстройство личности	0	0,0	14	18,9
Девиантное поведение	3	10,7	0	0,0

В работах, посвящённых изучению личностных факторов суицидального риска, указывают, что важнейшими предрасполагающими факторами являются аномалии характера [6, 8]. Вместе с тем, нельзя не согласиться с мнением В.Д. Москаленко [11], которая считает, что феноменология созависимости больше соответствует критериям патологического развития личности, которое может быть компенсированным при определённых условиях.

В наших исследованиях выявлены сенситивный и истероидный типы акцентуаций, которые достоверно чаще отмечались в группе МС (табл. 1).

Что касается расстройства личности как эмоционально неустойчивое, то оно констатировалось в группе сравнения (18,9%), хотя предполагалось, что психопатия значимо чаще должна быть у МС.

По показателю «девиантное поведение» установлены достоверные отличия от обнаруженного в группе МС (10,7%).

Полученные факты по клиническим предикторам свидетельствуют о том, что ведущее значение в формировании и актуализации суицидального поведения у матерей основной группы играют психологические факторы.

Результаты статистической обработки по клиническим предикторам суицидального поведения отражены в табл. 2.

Опрос родителей и других родственников обследуемых женщин на предмет наличия у них суицидального поведения показал следующее (табл. 3).

Установлено преобладание суицидальных мыслей и попыток у родственников МС по сравнению с родственниками МАБ (38,1% против 3,9%;

Таблица 2

Результаты данных по клиническим предикторам суицидального поведения

Показатели	Значение критерия χ^2 Пирсона	Уровень значимости
Аффективная патология	1,17	0,27
Невротические расстройства	8,169	0,004
Алкоголизм	1,185	0,27
Наркомания	9,99	0,002
Токсикозы	0,44	0,50
Преждевременные роды	0,42	0,52
Обвитие пуповины	8,169	0,004
Кесарево сечение	8,170	0,004
Черепно-мозговые травмы	1,17	0,27
Акцентуации		
Сенситивная	8,169	0,04
Истероидная	19,06	0,001
Эмоционально неустойчивое расстройство личности	3,73	0,05
Девиантное поведение	8,169	0,004
Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$		

Таблица 3

Суицидальное поведение у родственников обследуемых женщин

Суицидальное поведение	I группа (МС), n=28		II группа (МАБ), n=74	
	Абс.	%	Абс.	%
Матери (n=31)				
Суицидальные мысли	8	25,8	2	6,5
Суицидальные попытки	5	16,1	0	0,0
Отцы (n=22)				
Суицидальные мысли	3	13,6	0	0,0
Суицидальные попытки	9	40,9	1	4,5
Другие родственники (n=23)				
Суицидальные мысли	2	8,7	0	0,0
Суицидальные попытки	2	8,7	0	0,0

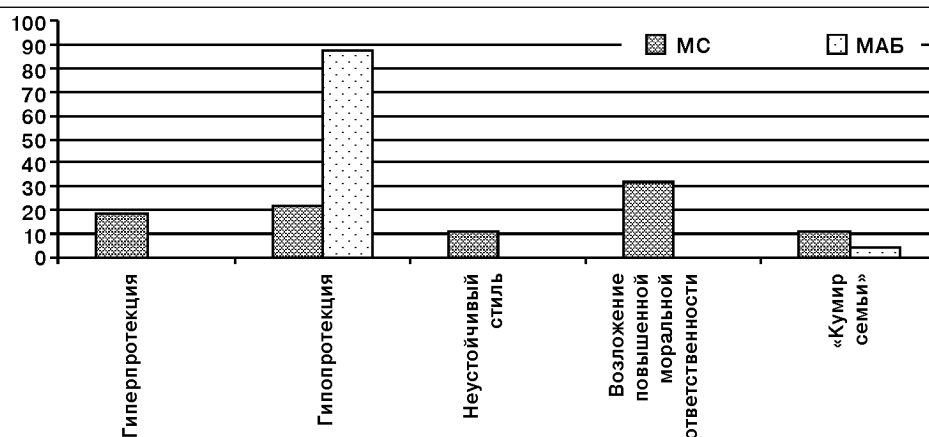


Рис. 2. Стили воспитания в семьях матерей аддиктивных больных с суицидальным поведением (МС) и в семьях матерей аддиктивных больных без суицидального поведения (МАБ)

$p < 0,05$). Учитывая доминирование психологических факторов риска суицидального поведения, можно предположить, что влияние образца поведения родителей респондентов, каким является суицидальный акт или намерения, на обследуемых женщин осуществлялось по психологическим механизмам.

Суицидальная активность у родственников матерей основной группы является не только предиктором суицидного поведения, но и характерной особенностью созависимых суицидентов.

Проведённое исследование обнаружило существенные различия по социально-психологическим предикторам, позволяющие отнести МС в отдельную группу созависимых лиц.

Подавляющее большинство обследуемых обеих групп воспитывалось в полных семьях (60,7% и 81,1%) (табл. 4).

Определены следующие особенности функционирования полных семей. Семьи группы МС отличались дисфункциональностью, которая проявлялась большей конфликтностью. Отцы в этих семьях практически не принимали участия в воспитании обследуемых женщин. Поэтому у созависимых недостаточно были сформированы черты характера, позволяющие правильно и твёрдо отстаивать свою точку зрения, быть более решительными и уверенными в трудных жизненных ситуациях. Вместо этого респондентам прививалась виктимная модель поведения, заключаю-

щаяся в полном подчинении своему будущему супругу, а также в пренебрежении своими потребностями: «Сначала должна думать о муже, о себе всегда успеешь позаботиться». В семьях группы сравнения родители допускали варианты достижения своих целей обследуемыми.

Низкий уровень самостоятельности и выраженность жертвенности поведения чётче прослеживался у женщин из семей с искажённой структурой. В неполных семьях (отсутствие отца) достоверно больше воспитывалось матерей группы МС (28,6%), по сравнению с женщинами группы МАБ (18,9%).

Семьи, где воспитанием занималась мачеха, также было больше среди женщин основной группы (10,7% и 0,0%). Кстати, некоторые авторы именно воспитание в семье с искажённой семейной структурой (либо с отсутствием одного из родителей, либо в которой воспитанием занимается мачеха или отчим) относят к предикторам суицидального поведения [3, 4].

Патогенные стили воспитания применялись в семьях обеих групп респондентов (92,9% — группа МС и 91,8% — группа МАБ) (рис. 2).

Воспитание по типу «гиперпротекция» отмечалось лишь в семьях МС (17,8%), тогда как воспитание по типу «гипопротекция», наоборот, реже наблюдалось в семьях матерей этой группы по сравнению с группой МАБ (21,4% против 87,8%). Полученные данные подтверждают описанное выше наблюдение по по-

Характеристика семейной структуры

Таблица 4

Структура семьи	I группа (МС), n=28		II группа (МАБ), n=74	
	Абс.	%	Абс.	%
Полная семья	17	60,7	60	81,1
Неполная семья (матери)	8	28,6	14	18,9
Неполная семья (мачехи)	3	10,7	0	0,0
Всего	28	100,0	74	100,0

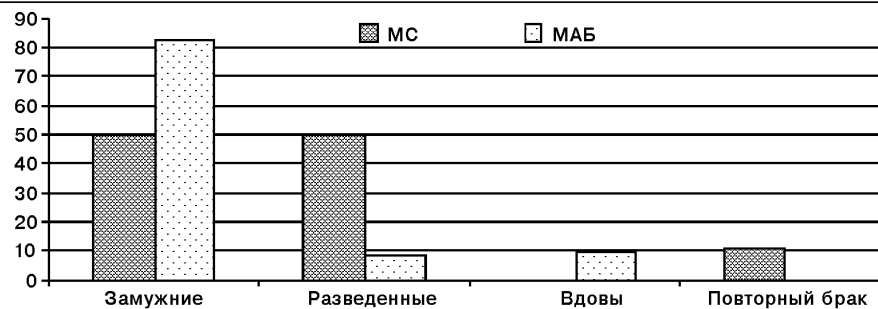


Рис. 3. Семейное положение матерей аддиктивных больных с суицидальным поведением (MC) и матерей аддиктивных больных без суицидального поведения (МАБ)

давлению инициативы и поощрению жертвенного стиля поведения у матерей основной группы.

Неустойчивый стиль воспитания фиксировался в группе MC (10,7%). Со слов обследуемых женщин MC колебания в воспитательных стратегиях (от заботы до раздражительности, безразличия) зависели от каких-либо внешних причин (например, конфликты на работе). Думается, что стойкие эмоциональные взаимоотношения являются базой формирования у ребенка привязанности и любви к родителям. В свою очередь, недостаточность подобных эмоциональных связей приводит к целому ряду нарушений психического здоровья ребенка, которые в соответствии со степенью и стойкостью депривации могут иметь непоправимый характер [2].

Высокодостоверные различия получены по стилю «воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности», это воспитание было в родительских семьях MC (32,1% против 0,0%). Женщины отмечали, что «не видели» детства, так как родители возлагали на них ответственность за сохранение благоприятного психологического климата в се-

мье. Обследуемые постоянно находились в тревожном состоянии, испытывали беспокойство, напряженность. Состояние психического дискомфорта обуславливало возникновение внутрисемейных конфликтов. Воспитание по типу «кумир семьи» фиксировалось в семьях обеих групп респондентов на уровнях 3,0% против 10,0%.

Отдельного внимания заслуживают вопросы межличностных взаимоотношений в семье (табл. 5).

Нормальные отношения реже наблюдались в родительских семьях первой группы созависимых женщин (10,7% — в группе MC и 24,3% — в группе МАБ), что является подтверждением большей дисфункциональности этих семей. Об этом же свидетельствуют данные по умеренно конфликтным и резко конфликтным отношениям, которые чаще встречались в родительских семьях MC (89,3% против 70,3%). При этом резко конфликтные отношения были именно у матерей группы MC (28,6%). Конфликты между родителями порождали у респондентов чувство страха, тревоги, стыда и вины за происходящее в семье.

Таблица 5

Характеристика внутрисемейных отношений

	I группа (MC), n=28		II группа (МАБ), n=74	
	Абс.	%	Абс.	%
Отношения между родителями				
Нормальные	3	10,7	18	24,3
Умеренно конфликтные	17	60,7	52	70,3
Резко конфликтные	8	28,6	4	5,4
Отношения между женщинами и их родителями				
Нормальные	8	28,6	57	77,0
Умеренно конфликтные	8	28,6	14	18,9
Резко конфликтные	12	42,8	3	4,1
Отношения в собственных семьях матерей				
Нормальные	2	7,1	48	64,8
Умеренно конфликтные	3	10,7	5	6,7
Резко конфликтные	9	32,1	8	10,8

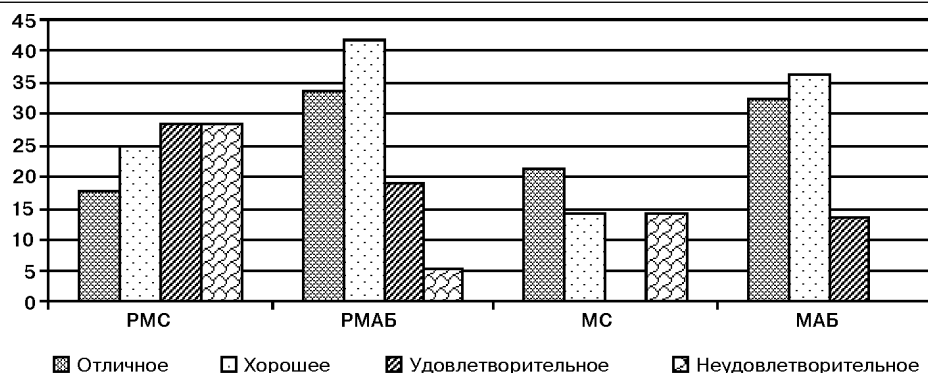


Рис. 4. Материальное положение в родительских семьях матерей аддиктивных больных с суицидным поведением (РМС) и в родительских семьях матерей аддиктивных больных без суицидального поведения (РМАБ), в собственных семьях матерей аддиктивных больных с суицидным поведением (МС) и в собственных семьях матерей аддиктивных больных без суицидального поведения (МАБ)

Суицидогенный образец взаимоотношений родители экстраполируют на своих детей, что демонстрируется результатами по изучению конфликтных отношений между созависимыми женщинами и их родителями. Этот показатель значимо был выше в основной группе (71,4% против 23,0%). Суицидогенность этих отношений заключалась в том, что МС чаще, чем МАБ после конфликтов наиболее остро и длительно переживали чувство вины, стыда, угрызения совести, у них снижалось настроение, нарушался сон и аппетит. Кроме того, респонденты первой группы не отрицали, что родители (чаще отцы) применяли к ним различные виды агрессии: вербальную (оскорбления, унижения) и физическую. Быть жертвой насилия или быть только его свидетелем (например, видеть либо знать, что отец избивает мать) по отрицательным последствиям одинаково [11].

Напряжённость в отношениях сохраняется и в собственных семьях созависимых матерей, причём конфликтность также достоверно чаще отмечается в семьях МС (42,8% против 17,5%). Иными словами, группа МС принципиально отличается от группы МАБ конфликтными отношениями в семье. При этом внутрисемейная конфликтность прослеживается во всех диадных сочетаниях. Суицидогенность конфликтности подтверждается возникновением расстройств депрессивного спектра у данного контингента лиц.

Обнаружены особенности по семейному статусу матерей (рис. 3).

Достоверно меньшее количество МС (50,0%), по сравнению с МАБ (82,4%) являлись на момент осмотра замужними. В повторном браке находились МС (10,7%).

Обращает на себя внимание высокая доля разведённых женщин группы МС (50,0%), в группе МАБ их было 8,1%. В качестве основных причин развода МС выделяли: повышенную конфликтность,

низкий уровень дохода мужа, отсутствие доверительных взаимоотношений между супругами.

Имеются работы, в которых установлено, что брак ослабляет склонность к самоубийству, внебрачное состояние несколько усиливает предрасположенность к суициду, ещё большей суицидоопасностью обладает вдовство [5]. Однако предполагаемое доминирование числа вдов группы МС над вдовами группы МАБ не подтвердилось. Более того, наоборот, вдовы регистрировались лишь в группе МАБ (0,0% против 9,5%).

Неизменными в своей качественной характеристике остаются данные численности самоубийств, связанные с социально-экономическими факторами.

В родительских семьях группы МС отличное материальное положение установлено в 17,8% случаев и в 33,7% родительских семей группы МАБ. При этом различия были достоверными (рис. 4).

Хорошее материальное положение в родительских семьях МС выявлялось реже (25,0%), тогда как в родительских семьях МАБ оно было у 41,9%. Удовлетворительное материальное положение достоверно чаще отмечалось в группе РМС (28,5%), по сравнению с группой РМАБ (18,9%). Установлены различия по неудовлетворительному материальному статусу, в сторону большего его преобладания в родительских семьях МС (28,4% против 5,4%).

В собственных семьях МС и МАБ отличное материальное положение фиксировалось в 21,4% и в 32,4% случаях. Хорошее материальное положение в группе МС (14,2%) встречалось реже, чем в группе МАБ (36,4%).

Показательны значения по удовлетворительному материальному положению, которое фиксировалось только в группе МАБ (13,5%). Неудовлетворительное материальное положение также констатировалось лишь в группе матерей основной группы (14,2%).

Результаты данных по социально-психологическим предикторам суицидального поведения

Показатели	Значение критерия χ^2 Пирсона	Уровень значимости
Структура семьи		
Полная семья	0,717	0,39
Неполная семья (матери)	10,5	0,001
Неполная семья (мачехи)	8,169	0,004
Стили воспитания		
Гиперпротекция	13,89	0,001
Гипопротекция	20,98	0,001
неустойчивый стиль	8,169	0,004
Возложение повышенной моральной ответственности	26,09	0,001
"Кумир" семьи	0,44	0,50
Отношения между родителями		
Нормальные	0,98	0,32
Умеренно конфликтные	0,19	0,71
Резко конфликтные	5,15	0,023
Отношения обследуемых женщин с родителями		
Нормальные	8,46	0,004
Умеренно конфликтные	0,017	0,89
Резко конфликтные	35,94	0,001
Отношения в собственных семьях матерей		
Нормальные	4,74	0,029
Умеренно конфликтные	0,44	0,54
Резко конфликтные	15,39	0,001
Семейное положение		
Замужние	7,019	0,008
Разведенные	2,78	0,001
Вдовы	1,98	0,15
Повторный брак	8,169	0,004
Материальное положение родительских семей		
Отличное	9,99	0,002
Хорошее	1,43	0,23
Удовлетворительное	10,5	0,001
Неудовлетворительное	4,52	0,03
Материальное положение собственных семей матерей		
Отличное	1,185	0,27
Хорошее	0,48	0,48
Удовлетворительное	1,98	0,02
Неудовлетворительное	8,170	0,004
Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$		

Анализ материального положения родительских и собственных семей обследуемых показал общность статистических тенденций. Иными словами, материальный статус родительских и собственных семей МС был ниже материального статуса родительских и собственных семей МАБ. Вместе с тем, в отличие от аддиктивных суицидентов как в родительских, так и в собственных семьях созависимых матерей без суицидального поведения констатировались высокие значения по отличному материальному статусу. Другими словами, степень суицидального риска в большей степени связана не с количественными показателями материального достатка, а с психологическими возможностями индивида реализовать свое материальное положение. Влияние личностных особенностей и других психологических составляющих в генезе суицидального поведения у МС является определяющим. МС отличаются от МАБ практически по всем социально-психологическим характеристикам. Результаты статистической обработки данных по социально-психологическим предикторам суицидального поведения отражены в табл. 6.

Таким образом, определены клинические и социально-психологические предикторы суицидального поведения у матерей больных с аддиктивными расстройствами.

К *клиническим* предикторам относятся:

- отягощённый акушерский анамнез у матерей обследуемых женщин (преждевременные роды, обвитие пуповиной и кесарево сечение);
- суицидальное поведение (мысли, попытки) у родственников обследуемых женщин;
- акцентуации (сенситивный и истероидный типы);
- девиантное поведение.

К *социально-психологическим* предикторам относятся:

- неполная семья (отсутствие отца, наличие матери);
- воспитание по типу «гиперпротекция»;
- воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности;
- неустойчивый стиль воспитания;
- резко конфликтные отношения в диадных отношениях (родители обследуемых женщин, родители—ребенок (обследуемая женщина), муж—жена (обследуемая женщина)).
- семейное положение (отсутствие собственной семьи, разводы);
- низкий материальный статус как родительских, так и собственных семей.

Определение предикторов суицидального поведения у матерей аддиктивных больных необходимо для прогнозирования суицидоопасных состояний и воз-

можного их предупреждения. При этом суицидальный риск возрастает по мере обнаружения нескольких предикторов или их сочетаемости, например совокупность клинических и социальных предрасполагающих факторов. Учет предикторов необходим при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий.

Требуется разработка специальных для этих лиц профилактических программ, включающих методы, направленные на коррекцию внутрисемейных отношений, обучение продуктивным копинг-механизмам, а также на повышение адаптационного потенциала и фрустрационной толерантности.

Действительно, парадокс состоит в том, что имеется множество данных по клинике и терапии созависимости. Однако лечебные и реабилитационные технологии по-прежнему ориентированы только на зависимого больного [11].

Список литературы

1. Бисалиев Р.В., Дудко Т.Н., Сараев М.А. Аутоагрессивное поведение в семьях больных опийной наркоманией. — Астрахань: ГОУ ВПО АГМА Росздрава, 2009. — 147 с.
2. Вережагина Н.В. Суицидальное поведение при психических расстройствах: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — Новосибирск, 2003.
3. Вострокнутов Н.В. Семья и проблемы отклоняющего поведения в современном обществе // Вопросы наркологии Казахстана. — 2002. — Т. II, №2. — С. 56—65.
4. Вроно Е.В. Подростковая психиатрия. — М.: Медицина, 1997. — С. 24—25.
5. Гладышев М.В. Клинико-социальные аспекты распространённости суицидов в период радикальных преобразований в России (1990 — 2003 гг.): Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 2006. — 172 с.
6. Дурнов А.Н. Суицидальное поведение психопатических личностей // Актуальные проблемы суицидологии. — М., 1978. — С. 239.
7. Кузьминов В.Н. Некоторые аспекты аутоагрессивного поведения у больных опийной наркоманией в состоянии абстиненции // Судебная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции в 2 т. — Киев — Харьков — Днепр-петровск. — 1994. — Т. 2. — С. 157—158.
8. Личко А.Е. Особенности саморазрушающего поведения при разных типах акцентуации // Саморазрушающее поведение у подростков. — Л., 1991. — С. 9—15.
9. Меринов А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 2001. — 21 с.
10. Молин Ю.А. Судебно-медицинская экспертиза самоповешения. — СПб.: НПО Мир и семья, 1996.
11. Москаленко В.Д. Взрослые дети больных зависимостями — группа множественного риска // Наркология. — 2009. — №2. — С. 76—84.
12. Наследов А.Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. СПб.: Питер, 2005. — 416 с.
13. Попик И.Г. Особенности постсуицидального периода у лиц с различным состоянием психического здоровья: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — СПб., 2002. — 26 с.
14. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. — М.: Медицина, 1975. — 333 с.

15. Сахаров А.В. Роль алкогольного фактора в суицидальном поведении в Восточном Забайкалье: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — Чита, 2007 — 140 с.

16. Шемчук Н.В. Патологическое влечение к азартным играм в структуре сочетанной психической патологии // Вопросы наркологии. — 2007. — №4. — С. 66—72.

17. Petry N.M., Kiluk B.D. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers // J. Nerv. Ment. Dis. — 2002. — Vol. 190, №7. — P. 462—469.

18. Thomson W.N., Gazel R., Rickman D. The social costs of gambling in Wisconsin // Wisconsin Policy Research Institute Report. — 1996. — Vol. 9, №6. — P. 1—44.

SUICIDE BEHAVIOUR PREDICTORS IN MOTHERS OF NARCOLOGY PATIENTS

BISALIEV R.V.

Cand. Med. Sci., doctorant of National science centre of narcology (Moscow)

SULEIMENOVA R.D.

Head Department of psycho-social rehabilitation, psychotherapist, Atyrau Region narcological (Kazakhstan)

NECKLYUDOVA V.D.

graduate student of the Department of Psychiatry of the Astrakhan State Medical Academy

For the purpose of definition predictors suicide behavior 102 mothers which «adult» children are sick addiction of frustration are surveyed. Are revealed biological, psychological and social predictors of suicide behavior at these patients. A number of actions on early preventive suicide behavior at mothers addiction patients is offered.

Key words: psychiatry, narcology, suicide behaviour